





**ANEXO II  
PROGRAMA NACIONAL REMEDIAR**

		F-03-P-11-FO-01
	<b>FORMULARIO</b> <b>Incorporación de Establecimientos de Salud</b>	Revisión: 5  Vigencia: 04/01/2021

1. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD A INCORPORAR						
1.1. Nombre del Establecimiento:						
1.2. Código SIISA:						
1.3. Domicilio: (Calle / Ruta. Indicar nombre completo, intersecciones, número. Si no existieran nombres de calles indicar referencias locales: escuelas, policía, etc. Si fuera sobre ruta, indicar kilómetro)						
Localidad:			Municipio:			
Departamento:			Provincia:			
Código Postal:			Teléfono (del Establ. o de ref.): (    )			
1.4. Dependencia: <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Provincial <input type="checkbox"/> Municipal			1.5. Horario de atención a pacientes:		1.6. Horario de recepción de medicamentos:	
1.7. Consultas Médicas Mensuales:	1.8. ¿Cuenta con prescriptor matriculado?: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	1.9. Horas Médicas Semanales:	1.10. Horas de Enfermería Semanales:	1.11. Tiene Farmacia o Depósito? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	1.12. Cantidad de camas:	
2. DATOS DEL PERSONAL RESPONSABLE DE LA RECEPCION DE LOS BOTIQUINES						
2.1. Apellido y Nombre						
Tipo y Número de Documento						
Cargo						
2.2. Apellido y Nombre						
Tipo y Número de Documento						
Cargo						
2.3. Apellido y Nombre						
Tipo y Número de Documento						
Cargo						

		F-03-P-11-FO-01
		Revisión: 5
<b>FORMULARIO</b>		Vigencia: 04/01/2021
<b>Incorporación de Establecimientos de Salud</b>		

Firma del Solicitante:

Aclaración de Firma:

Cargo:

Fecha:

Firma del Responsable Provincial:

Información relevante para completar el Formulario de Incorporación de Establecimientos de Salud

- 1.1. **Nombre del Establecimiento:** se refiere al nombre completo del Centro de Salud
- 1.2. **Código SIISA:** para ser incorporado al Programa, previamente debe ingresarse el Establecimiento de Salud al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino.
- 1.3. **Domicilio:** debe registrarse en este campo el domicilio exacto del Establecimiento. Si las calles de la localidad no tuvieran nombre, es necesario registrar una referencia local de ubicación. Ej. "Calle de entrada S/N, al lado de la iglesia", "Calle principal S/N, enfrente de la Escuela N° XX", etc. En el caso que el Centro de Salud se encuentre ubicado sobre una ruta, deberá consignarse el km. Ej. "Sobre Ruta 9, km 125" o "Sobre Ruta 9, 25 km al N de Capital Federal"  
**Teléfono:** Si el centro de salud no dispusiera de un número telefónico, se solicita informar algún teléfono de referencia (municipalidad, cabina pública, médico del caps, etc.)
- 1.10 **Tiene Farmacia / Depósito:** Se solicita se consigne si el Centro de Salud dispone de un lugar seguro para guardar los medicamentos (sin humedad, con llave, etc.)
2. **Responsables:** Se solicita se designen como mínimo dos responsables por la recepción, guarda y administración del botiquín. Es importante tener en cuenta que el botiquín será entregado únicamente a los responsables que se hayan informado y ante la presentación del documento de identidad. Es por ello que se sugiere designar como responsables al personal que trabaja a diario en el centro.

**Condiciones mínimas para que el establecimiento sea incorporado al Programa:**

- Ser establecimiento de salud y/o institución del Sector Público, según Codificación Federal de establecimientos de salud conforme Resolución 298/2011 del Ministerio de Salud- Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento -ESSIDT 50.
- Realizar doscientas (200) consultas mensuales o más.
- Ofrecer atención de por lo menos un prescriptor matriculado.
- Disponer de un lugar destinado para el correcto almacenamiento y distribución de los medicamentos.
- No cobrar bajo ningún concepto la atención médica y no médica, ni la realización de prácticas complementarias, ni los medicamentos en el efector
- Ingreso del establecimiento en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SIISA): contar con el código SIISA correspondiente.

Se informa que los establecimientos de salud serán visitados por personal del Programa, a los fines de verificar los datos consignados en la planilla.